Kollektiver Sozialdienst

Tour du Midi – Esplanade de l'Europe 1 – 1060 BRÜSSEL
Tel. : (02) 529.39.73 • info@ksd.fgov.be

ANTRAG AUF BEIHILFE FÜR BEHINDERTES KIND

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen!

Um diese Beihilfe zu genießen, muss die Erkennung der Behinderung im Monat Juni des betreffenden Jahres gelten

Zusätzliche Informationen: www.sscgsd.fgov.be

Nicht vergessen die angeforderten Unterlagen beifügen.

A. ERKLÄRUNG VOM ARBEITNEHMER AUSZUFÜLLEN

SIE:

Name: .....

Vorname: .....
(Mädchenname für verheiratete Frauen)

Geburtsdatum ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Nationalregister: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse • Strasse: .....

..... Nr: .....

Postleitzahl: ..... Ort: .....

Tel / Handy: .....

E-Mail-Adresse: .....

ANDERER ELTERNTEIL:

Name: .....

Vorname: .....

Arbeitgeber im Juni des betreffenden Jahres:

.....

Wohnen Sie mit dem **anderen Elternteil** zusammen?
☐ Ja ☐ Nein

DAS KIND:

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Wohnt **das Kind** bei Ihnen? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte fügen Sie die Behinderungsbescheinigung une ein Bescheinigung Ihres Familienzulagenfond bei, aus der hervorgeht, dass sie eine Kinderbeihilfe erhalten.

Vollständige Bankverbindung:

IBAN-Code: B E ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

BIC-Code: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐
(BIC-Code angeben im Falle eines Kontos im Ausland)

Ich erkläre auf Ehre, dass die gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Formular zu senden, im Juni jedes Jahres

Zu .....

den ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Unterschrift des Arbeitnehmers

B. ERKLÄRUNG VOM ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN

Name des Arbeitgebers: .....

Bezüglich des Arbeitnehmers:

Funktion: ☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Andere: .....

Statut: ☐ Nominiert ☐ Unbefristete Dauer ☐ Befristete Dauer ☐ Artikel 60 ☐ Andere: .....

Beschäftigungssystem: ☐ Vollzeit ☐ 1/2 ☐ 4/5 ☐ Andere: .....

Datum des Arbeitsbeginns: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Datum des Vertragsende: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
(Pflichtfeld für Vertragsbedienstete befristete Dauer und für Artikel 60)

Bitte geben Sie an, ob sich der Arbeitnehmer zum Zeitpunkt des Ereignisses in einem Sonderstatus befand (Disponibilität, Krankheitsurlaub, Vollzeit- oder Teilzeitlaufbahnunterbrechung, unbezahlter Urlaub, usw.):

....., seit dem: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Bitte beachten Sie: *Nicht Anspruchsberechtigt sind : freiwillige Feuerwehrleute, Mandatare und Personalmitglieder des Unterrichtswesens, deren Gehalt zu Lasten der Deutschsprachigen Gemeinschaft geht.*

Ich erkläre auf Ehre, dass die unter Teil B erwähnten Angaben richtig und vollständig sind.

In .....

den ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Name: .....

Unterschrift und Eigenschaft

Siegel der Verwaltung

Die in dieses Formular einzutragenden Daten werden erhoben für die Bestätigung Ihrer Eigenschaft als Begünstigte des KSD und für die Bestimmung einer eventuellen finanziellen Beteiligung. Unsere Politik in Bezug auf den Schutz des Menschen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten stützt sich auf die europäische Datenschutz-Grundverordnung Nr. 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016, auch bekannt unter der Abkürzung DSGVO.
Für Zugang zu Ihren Daten oder das Korrigieren davon wenden Sie sich an den KSD über die allgemeine E-Mail-Adresse.